Die modernsten Gesundheitssysteme scheitern bisher an der Prävention chronischer Krankheiten

Wer zu spät handelt, bezahlt mit Leid und Leben

Mit der Veröffentlichung des Whitepapers „Acting Early on Non-Communicable Diseases: A Framework for Health System Transformation"(1) im Januar 2026 legt das Weltwirtschaftsforum (WEF) in Zusammenarbeit mit der Partnership for Health System Sustainability and Resilience (PHSSR) eine schonungslose Diagnose (2) vor. Die Analyse folgt einem an der London School of Economics and Political Science (LSE) entwickelten Untersuchungsrahmen; das PHSSR-Steuerungsgremium wird von Alistair McGuire mitgeleitet, Professor für Gesundheitsökonomie und Vorsitzender von LSE Health. Untersucht wurden acht hochentwickelte Gesundheitssysteme – Kanada, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Italien, Japan, Polen und Spanien. Das Ergebnis legt eine tiefe Kluft zwischen medizinischem Wissen und politischem Handeln offen und entlarvt fast nebenbei ein Paradoxon der modernsten Gesundheitssysteme der Welt: Die Menschen leben zwar immer länger, verbringen die gewonnenen Jahre aber zunehmend im Griff chronischer Krankheiten. Die Hauptlast tragen nicht-übertragbare Krankheiten (Non-Communicable Diseases, NCDs) wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, chronische Nierenerkrankungen und chronische Atemwegserkrankungen.

>> Trotz umfangreicher Evidenz dafür, dass frühzeitige Interventionen die gesundheitlichen Ergebnisse verbessern, Kosten senken und die Umweltbelastung mindern, verharren selbst die am besten ausgestatteten Systeme in einer reaktiven Reparaturmedizin. Shyam Bishen, Leiter des Centre for Health and Healthcare und Mitglied des Executive Committee des Weltwirtschaftsforums, warnt eindringlich davor, dass NCDs ohne tiefgreifende Reformen die Gesundheitssysteme überfordern, das Humankapital erodieren und wertvolle Ressourcen binden werden. Die Studie beziffert den weltweiten Anstieg: 2021 waren NCDs für schätzungsweise 43,8 Millionen Todesfälle verantwortlich, rund 75% aller Sterbefälle außerhalb von Pandemien. Angesichts dieser Zahlen warnt auch der UN-Generalsekretär in seinem Fortschrittsbericht 2025, dass das Nachhaltigkeitsziel SDG 3.4 – eine Reduzierung der vorzeitigen NCD-Mortalität um ein Drittel bis 2030 – ohne radikale Kurskorrekturen verfehlt wird. Bishen und McGuire schreiben im Vorwort der Studie: „Nicht-übertragbare Krankheiten gefährden bereits die Nachhaltigkeit und Resilienz der Gesundheitssysteme, und das Zeitfenster für korrigierende Maßnahmen schließt sich." Im Whitepaper selbst heißt es: „Die Gesundheitssysteme von einer reaktiven zu einer präventiven Versorgung umzugestalten, ist eine der kritischsten Herausforderungen – und Chancen – des Gesundheitswesens."

Die Ergebnisse zeigen, dass die Fortschritte bei der Prävention begrenzt bleiben. Zwar haben alle acht Länder ihre altersstandardisierte NCD-Mortalität gesenkt, doch das Tempo hat sich dramatisch verlangsamt: Der durchschnittliche jährliche Rückgang der Sterblichkeitsrate fiel von 1,78% in den Jahren 2000 bis 2010 auf 0,98% im Zeitraum 2010 bis 2021 – eine Verlangsamung um 45%, die selbst die leistungsstärksten Nationen erfasst. Während altersbereinigte Raten sinken, steigt die absolute Krankheitslast (gemessen in Disability-Adjusted Life Years, DALYs) aufgrund der alternden Bevölkerung in allen Ländern an. Mehr Menschen erreichen ein Alter, in dem sich lebenslange Risikofaktoren in chronischen Krankheiten manifestieren.

Indikation Diabetes

Alarmierend ist die Entwicklung bei Diabetes mellitus. Zwischen 2011 und 2021 stiegen die unbereinigten Diabetes-DALYs in allen betrachteten Ländern, in mehreren um mehr als 30%: Kanada +35,1%, Polen +34,5%, Griechenland +32,6%; es folgen Japan mit +27,4% und Deutschland mit +26,9%, danach Spanien (+15,7%), Frankreich (+12,1%) und Italien (+6,7%).

Auch altersbereinigt zeigt sich ein beachtlicher Anstieg: In sieben der acht Länder ist trotz medizinischen Fortschritts ein realer Anstieg zu verzeichnen – mit Deutschland an der Spitze dieser Entwicklung (+22,5%), gefolgt von Kanada (+21,3%), Griechenland (+18,6%), Polen (+16,2%), Japan (+14,8%), Spanien (+3,1%) und Frankreich (+2,4%). Italien ist das einzige Land mit einem Rückgang (–4,7%). Die hier sichtbare Systemschwäche zeigt sich auch an den diabetesbedingten Amputationsraten, die von 2,5 pro 100.000 Einwohner in Italien bis zu 8,5 in Deutschland reichen.

Indikation CKD

Bei der chronischen Nierenerkrankung (CKD), die direkt mit Diabetes und Bluthochdruck verknüpft ist, herrscht ein eklatantes Diagnosedefizit. In Frankreich bleiben 95,5% der CKD-Fälle im Stadium 3 unerkannt. Die Folge: 25% der Patienten beginnen ihre Hämodialyse unter Notfallbedingungen – ein Zustand, der durch einfache und kostengünstige Tests in der Primärversorgung (Urinuntersuchung, eGFR-Bestimmung) weitgehend vermeidbar wäre. Griechenland verzeichnete zwischen 2011 und 2021 einen unbereinigten Anstieg der CKD-DALYs um 134%, was die Berichtsautoren – für Griechenland verantwortlich zeichnet Kostas Athanasakis, Professor für Gesundheitsökonomie an der University of West Attica – überwiegend auf eine verbesserte Erfassung und nicht auf eine tatsächliche Verschlechterung zurückführen.

Indikation Krebs

Krebs ist inzwischen in sechs der acht Länder der größte Treiber von DALYs und hat damit die Herz-Kreislauf-Erkrankungen überholt. Hier entscheidet der Zeitpunkt der Diagnose über Leben und Tod: In Kanada liegt die Fünf-Jahres-Überlebensrate bei Brustkrebs bei über 89%, bei Lungenkrebs dagegen bei 22%. Der Grund ist das Diagnosestadium – Brustkrebs wird meist im Stadium 1 erkannt,

Lungenkrebs überwiegend erst im Stadium 4.

Konkrete Fünf-Jahres-Überlebensraten weisen die Berichte für zwei Länder aus. Für Kanada zusätzlich zu den genannten Werten: Prostatakrebs 91%, Gebärmutterkörperkrebs 82%, Blasenkrebs 77%. Für Spanien: Prostatakrebs 89,8%, Brustkrebs 85,5%; die Lungenkrebs-Überlebensrate ist stark geschlechtsspezifisch geprägt und spiegelt historische Rauchmuster wider – 17,6% bei Frauen, 12,7% bei Männern. Für die übrigen sechs Länder (Deutschland, Frankreich, Italien, Japan, Griechenland und Polen) enthalten die Berichte umfassende Daten zur Krankheitslast und zu Früherkennungsraten, jedoch keine spezifischen Prozentangaben zu den Fünf-Jahres-Überlebensraten.

Indikation COPD und Asthma

Chronische Atemwegserkrankungen wie die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Asthma offenbaren tiefe Risse in der ambulanten Versorgung. Da viele Exazerbationen durch eine konsequente, frühzeitige ambulante Therapie vermeidbar wären, gelten die entsprechenden Krankenhauseinweisungsraten als sensibler Indikator für die Leistungsfähigkeit der Primärversorgung. Das Gefälle ist extrem: Italien senkte seine Einweisungsrate zwischen 2011 und 2021 von 109 auf 23 Fälle pro 100.000 Einwohner – ein Rückgang um rund 79%. Deutschland verzeichnet dagegen mit 193 Aufnahmen pro 100.000 Einwohner die höchste ausgewiesene Rate im Ländervergleich, deutlich über dem OECD-Schnitt von 129. Zum Vergleich: Polen senkte seine Rate von 281 auf 83 Fälle.

Hinter diesen ungleichen Hospitalisierungsraten steht ein massives Defizit bei der Früherkennung: Internationale Studien schätzen, dass zwei Drittel der Menschen mit einer Atemwegsobstruktion keine Diagnose haben und damit unbehandelt bleiben. Die länderspezifischen Herangehensweisen verschärfen das Problem. Nur Polen betreibt ein organisiertes, an den GOLD-Leitlinien ausgerichtetes COPD-Screening mittels Spirometrie, wenngleich die Reichweite begrenzt ist. Frankreich beschränkt seine Untersuchungen auf beruflich oder umweltbedingt exponierte Hochrisikogruppen und übersieht dabei weite Teile der rauchenden Bevölkerung; die übrigen sechs Länder – darunter Deutschland – haben keinerlei systematische Früherkennung etabliert.

„Umsetzungs- statt Wissenslücke“

Ein detaillierter Blick auf die sozialen und ökologischen Determinanten untermauert die These von der Umsetzungs- statt Wissenslücke. Modifizierbare Risikofaktoren wie Tabakkonsum, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel und Adipositas sind keineswegs gleichmäßig verteilt, sondern clustern systematisch entlang sozioökonomischer Benachteiligungslinien. Am Beispiel Deutschlands zeigt sich das überdeutlich: Die Raucherquoten in bildungsfernen Gruppen sind doppelt so hoch wie in bildungsnahen Schichten. Adipositas betrifft in einigen Bevölkerungsgruppen mehr als ein Viertel der Menschen, wobei Fabrikarbeiter eine um 50% höhere Rate aufweisen als Führungskräfte. Physische Inaktivität bleibt ein Massenphänomen, obwohl feststeht, dass bereits moderate körperliche Aktivität das NCD-Risiko signifikant senkt.

Dass sich gesundheitliche und soziale Ungleichheiten nach dem Eintritt einer chronischen Erkrankung nicht nivellieren, sondern verfestigen, zieht sich durch alle untersuchten Staaten. Für Frankreich sind die Daten besonders plastisch: 13 Jahre Unterschied in der Lebenserwartung zwischen den reichsten und den ärmsten 5% der Männer, acht Jahre bei den Frauen. Die Disparität, die sich seit der Industriellen Revolution eigentlich verringert hatte, driftet wieder auseinander – eine Entwicklung, die die französischen Berichtsautoren um Zeynep Or, Forschungsdirektorin am Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), mit bewegungsarmen Lebensstilen und dem ungleichen Einfluss kommerzieller Gesundheitsdeterminanten verknüpfen. Sobald eine chronische Diagnose gestellt ist, wächst die Lebenserwartungsdifferenz zwischen dem reichsten und dem ärmsten Einkommensdezil von vier auf sechs Jahre.

Fakten zur soziodemografischen Realität in Deutschland:

- Das Erkrankungsrisiko vor der Diagnose: Das niedrigste Einkommensquintil – die ärmsten 20% der Bevölkerung – hat in Deutschland eine 1,6-mal höhere Wahrscheinlichkeit, eine chronische Krankheit zu entwickeln, als das höchste Einkommensquintil.
- Die Ballung von Risikofaktoren: Tabakkonsum und ungesunde Ernährung sind systematisch entlang von Bildungslinien konzentriert; die Raucherquote in Gruppen mit niedrigem Bildungsniveau ist doppelt so hoch wie in Gruppen mit hohem. Über Jahrzehnte entsteht daraus eine kumulative Belastung, die sich im Alter klinisch manifestiert.
- Die demografische Quittung bei Frauen: In Deutschland ist ein signifikanter Anstieg der COPD-Todesfälle speziell bei Frauen zu verzeichnen – eine Spätfolge des historischen Rauchverhaltens, die maßgeblich dazu beiträgt, dass sich der Zuwachs der allgemeinen Lebenserwartung spürbar verlangsamt.

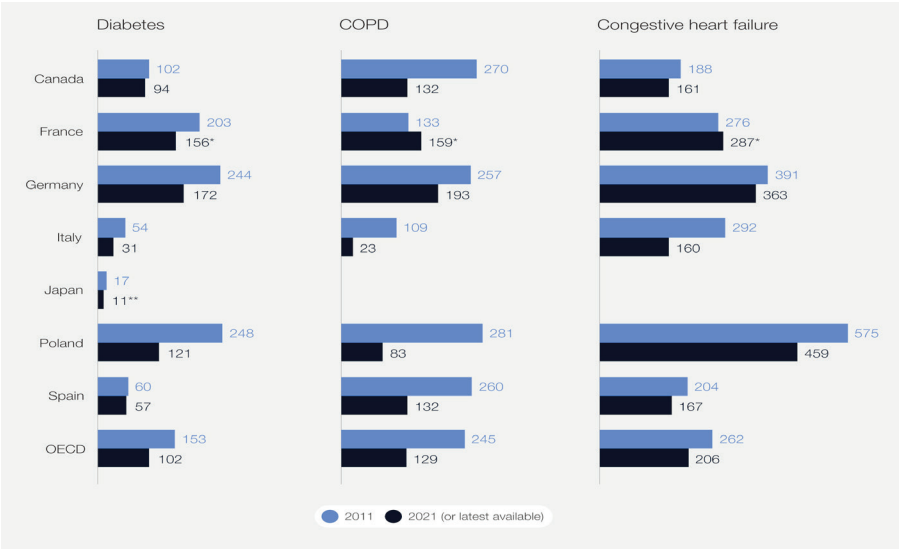


Abb. 1: Krankenhauseinweisungen wegen Herzinsuffizienz, Diabetes und COPD (Erwachsene pro 100.000). Quelle: eigene Darstellung. Adaptiert aus: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2023). Health at a glance 2023: OECD indicators. OECD Publishing, Paris. Quelle: „Acting Early on Non-Communicable Diseases: A Framework for Health System Transformation“

Zudem verschärfen geografische Benachteiligungen die Ungleichheit in allen untersuchten Staaten, unabhängig vom Systemmodell. Ländliche Populationen sind mit langen Anfahrtswegen konfrontiert, leiden unter Spezialistenmangel und tragen erhebliche Reisekosten – Herausforderungen, die insbesondere in den entlegenen Regionen Kanadas oder auf den weit verstreuten Inseln Griechenlands extreme Ausmaße annehmen. Auffällig ist, dass die Varianz bei Screening-Abdeckung und Spezialistenzugang innerhalb einzelner Länder die Unterschiede zwischen den Ländern oft übertrifft.

Für Deutschland enthalten die Berichte keine regional aufgeschlüsselten Screening-Quoten, wie sie etwa für Italien (14-fache regionale Varianz beim Darmkrebs-Screening) vorliegen. Sehr genau dokumentiert sind dagegen die strukturellen Disparitäten:

- **Landarztquote in 11 von 16 Bundesländern:** Um dem Mangel an Hausärzten auf dem Land entgegenzuwirken, haben 11 der 16 Bundesländer eine gesetzliche „Landarztquote“ eingeführt. Medizinstudierende erhalten bevorzugt einen Studienplatz, wenn sie sich vertraglich verpflichten, nach der Facharztausbildung mindestens zehn Jahre hausärztlich in einer unterversorgten ländlichen Region zu praktizieren.
- **Rückgang bei den Hausärzt:innen:** Der Anteil der Allgemeinmediziner an allen ambulant tätigen Ärzten sank von 37,6% im Jahr 2014 auf 35,9% im Jahr 2024. Das verschärft die ländliche Unterversorgung, da ältere Landärzte ohne Nachfolger in den Ruhestand gehen.
- **Regionale Schwankungen bei der Facharztgarantie:** Deutschland garantiert über die Terminservicestellen einen Facharzttermin innerhalb von vier Wochen. Die Autor:innen betonen jedoch, dass die tatsächlichen Wartezeiten je nach Region und Fachrichtung stark schwanken und die Garantie nur das Erstgespräch abdeckt, nicht die zeitkritische Folgediagnostik.
- **Nationale Vorsorgequote von nur 24%:** Lediglich 24% der berechtigten Erwachsenen nehmen jährlich an den vollständig von den Krankenkassen finanzierten Check-ups zur Herz-Kreislauf-Vorsorge teil.
- **Föderale Fragmentierung:** Die starke Autonomie der Bundesländer und die dezentrale strategische Planung erschweren laut Studie national einheitliche Präventions- und Versorgungsstandards.

Das Problem der Fehlallokation

Hinter vielen dieser Zahlen steht Probleme bei der Verteilung von Personal und Infrastruktur, gekennzeichnet durch einen sich verschärfenden Mangel an Allgemeinmedizinern und schwache Primärversorgungsstrukturen. Die Attraktivität der Allgemeinmedizin und präventiver Fachrichtungen sinkt, während die medizinische Ausbildung an der Fokussierung auf die hochspezialisierte Akutmedizin festhält. Absolventen werden auf Spitzenmedizin vorbereitet, obwohl der Alltag vieler Ärztinnen und Ärzte in der jahrzehntelangen Begleitung multimorbider Patienten liegen wird.

Besonders drastisch zeigt sich die Schieflage in Griechenland: Das Land verfügt über die höchste Ärztedichte in der EU, weist aber gleichzeitig die geringste Pflegedichte auf. Nur 6% der griechischen Mediziner arbeiten in der Allgemeinmedizin, verglichen mit einem EU-Schnitt von 21%. Die Folge ist ein System ohne effektive Lotsenfunktion: Patienten umgehen die Primärversorgung und beanspruchen mit Routinebeschwerden die teure Spezialversorgung. Polen hat die Studienplätze in der Medizin um 92,3% aufgestockt, leidet aber unter einer alternden Ärzteschaft und extremer geografischer Ungleichheit: Die Spezialisten konzentrieren sich in Warschau, Krakau und Danzig, während ländliche Woiwodschaften nicht einmal die Hälfte der Spezialistendichte erreichen.

Auch Deutschland kämpft mit hausärztlichen Nachwuchsproblemen und versucht, durch die Ausweitung von Aufgaben für medizinische Fachangestellte (Task-Shifting) Lasten neu zu verteilen – so die Analysen von Miriam Blümel von der Technischen Universität Berlin. Doch solange die Einzelleistungsvergütung (Fee-for-Service) falsche Anreize setzt, wird die notwendige stärkere Koordination erschwert: Vergütet wird das Durchschleusen von Patienten, nicht das zeitintensive Koordinieren chronisch Kranker. Die durchschnittliche Konsultationszeit in einer deutschen Hausarztpraxis liegt bei acht Minuten – zu wenig für umfassende Aufklärung, strukturierte Prävention und Beziehungsarbeit mit multimorbiden Patienten.

Wartezeiten und Barrieren

Die Übergänge von der Primärversorgung zum Spezialisten sind wichtige Versorgungslücken im Patientenpfad. Während Spanien den Hausarzt als Gatekeeper etabliert hat und Deutschland Facharzttermine innerhalb von vier Wochen zusagt – bei regional und fachrichtungsabhängig stark schwankender Einhaltung –, operiert Japan gänzlich ohne standardisierte Überweisungskriterien. Dort entscheidet das Urteil des einzelnen Arztes über den weiteren Pfad, was die Ergebnisse intransparent und variabel macht. Geografische Hürden verschärfen die Ungleichheit: In den Weiten Kanadas oder auf den Inseln Griechenlands müssen Patienten Schiffs- oder Flugreisen auf sich nehmen, um spezialisierte NCD-Versorgung zu erreichen.

Ein zentrales Problem ist, dass laut Ansicht der Studienautor:innen die untersuchten Gesundheitssysteme unter einer „zeitlichen Asynchronität“ („Temporal Misalignment“) leiden. Präventionsinvestitionen erfordern sofortige Ausgaben, während ihre Früchte erst nach Jahrzehnten reifen – weit außerhalb legislativer Zyklen und jährlicher Budgetdebatten. Politische Entscheidungsträger scheuen das Risiko, da Einsparungen meist nachfolgenden Regierungen zugutekommen. In keinem der untersuchten Länder fließen mehr als 5% der Gesundheitsausgaben in die Prävention; Griechenland hat seinen Anteil immerhin von 1,3% (2019) auf 4,5% (2022) gesteigert – allerdings maßgeblich mit befristeten EU-Strukturmitteln.

Gleichzeitig nimmt die Multimorbidität zu. Die medizinische Realität ist längst von Patienten geprägt, die gleichzeitig an Diabetes, Nierenschwäche und Herzinsuffizienz leiden. Dennoch legt kein einziges der untersuchten Länder umfassende klinische Leitlinien für das Management von Multimorbidität vor. Mediziner treffen komplexe Entscheidungen ohne fundierte Orientierung und fallen auf das isolierte Behandeln von Einzelerkrankungen zurück, was das Risiko schädlicher Wechselwirkungen und gefährlicher Polypharmazie erhöht.

Hinzu kommt eine wachsende soziale Ungerechtigkeit, die sich in finanzieller Härte manifestiert. Trotz nominell universeller Absicherung treiben NCDs Patienten in die Armut. In Italien stiegen die privaten Zuzahlungen (Out-of-Pocket Expenditure) 2023 auf 40,6 Milliarden Euro und wuchsen damit schneller als die Haushaltseinkommen. Diese „finanzielle Belastung“ ist messbar und tödlich: Krebspatienten, die unter finanzieller Not leiden, weisen in Italien ein 1,2-fach

höheres Sterberisiko auf. In Griechenland wenden die ärmsten Haushalte 9% ihrer Ausgaben allein für Medikamente auf, die reichsten nur 2,7%. Aus eigener Tasche gezahlte Gesundheitsleistungen machen in Deutschland 3,2% des privaten Haushaltskonsums aus – mehr als in Frankreich (2,2%) und Polen (2,3%), weniger als in Spanien (4,0%) und Griechenland (4,6%).

Extreme Hitzewellen on top

Zusätzlich wirkt der Klimawandel als Risikoverstärker für NCD-Patienten. Extreme Hitze verschlimmert Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen: In Japan verfünffachten sich die Todesfälle durch Hitzschlag zwischen 1995 und 2023, 83,3% der Opfer waren über 65 Jahre alt. Obwohl gängige Herz-Kreislauf-Medikamente bei extremer Hitze einer Dosisanpassung bedürfen, existieren praktisch keine NCD-spezifischen Hitzeprotokolle in den klinischen Leitlinien. Frankreichs Luftverschmutzung fordert jährlich etwa 48.000 Menschenleben, wobei die am stärksten benachteiligten Gebiete einem zehnmal höheren Expositionsrisiko ausgesetzt sind. Trotz der nach der Katastrophe von 2003 eingeführten Hitzewarnsysteme stieg die Zahl der hitzebedingten Todesfälle in Frankreich im Vergleich der Perioden 2000 bis 2004 und 2018 bis 2022 um 60% – ein Beleg dafür, dass Warnungen ohne strukturelle Anpassungen im NCD-Management verpuffen.

Getrennte Silos statt integrierter Vorsorge

Ein weiteres Problem ist das Versagen bei der Zusammenführung von Vorsorgestrukturen für pathophysiologisch verwandte Krankheitsbilder. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Nierenschäden und Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes weisen enge biologische Wechselwirkungen auf und katalysieren sich gegenseitig – die Früherkennung verharrt dennoch in getrennten Silos. Diabetes schädigt die Nierengefäße, Bluthochdruck zerstört Herz und Nieren gleichermaßen, Adipositas fördert zahlreiche Krebsarten. Eine koordinierte, risikostratifizierte Vorsorge, wie sie kardiologische und nephrologische Fachgesellschaften in neueren Empfehlungen fordern, findet kaum statt.

Deutschlands Nachbarland Polen zeigt diese Trennung besonders deutlich: Das COPD-Screening umfasst zwar Thorax-Bildgebung, doch bei diesen hochgradig gefährdeten Rauchern wird kein systematisches Lungenkrebsscreening angeschlossen. Damit bleibt die Chance ungenutzt, mit einer einzigen radiologischen Modalität zwei der tödlichsten Atemwegserkrankungen früh zu detektieren. Und obwohl internationale Verpflichtungen – etwa die Resolution der Weltgesundheitsversammlung 2025 zur Lungengesundheit – integrierte Strategien anmahnen, hinkt die Umsetzung hinterher.

In Deutschland klafft dabei eine besonders große Lücke zwischen internationalem Anspruch und nationaler Wirklichkeit. Die Studiendaten weisen auf vier Defizite hin:

1 Fehlende systematische Früherkennung. Deutschland gehört zu den sechs Ländern ohne organisiertes Screening für chronische Atemwegserkrankungen. Während Polen zumindest ein spirometriebasiertes COPD-Screening betreibt, wird hierzulande eine Diagnose meist erst gestellt, wenn irreversible Schäden oder schwere Symptome vorliegen.

2 Hohe Dunkelziffer. In Übereinstimmung mit internationalen Befunden ist davon auszugehen, dass rund zwei Drittel aller Menschen mit einer Atemwegsobstruktion keine Diagnose haben und unbehandelt bleiben, bis sich ihr Zustand akut verschlechtert.

3 Krankenhauseinweisungen als Symptom schwacher ambulanter Steuerung. 2021 verzeichnete Deutschland 193 COPD- und Asthma-Einweisungen pro 100.000 Erwachsene – weit über dem OECD-Schnitt von 129 und mehr als achtmal so viel wie Italien mit 23 Fällen.

4 Fragmentierte Disease-Management-Programme (DMPs). Deutschland führte die strukturierten DMPs 2002 ein; Programme für Asthma und COPD kamen später hinzu. In der Praxis zeigen sie strukturelle Mängel: Sie sind auf einzelne Krankheitsbilder zugeschnitten und bieten keine fächerübergreifenden Leitlinien für multimorbide Patienten; Hausärzte bemängeln den administrativen Aufwand und die geringe Flexibilität; und die acht Minuten, die eine Konsultation im Schnitt dauert, reichen für Inhalationsschulung, Aufklärung und präventive Beratung nicht aus.

Dieses Muster setzt sich in der Primärversorgung fort. Wirksames Screening erfordert nicht nur Programme, sondern das gezielte Überwinden von Teilnahmebarrieren. Polens Übergang vom Programm „Prevention 40 PLUS“ – das trotz massiver Werbekampagnen nur 20% Beteiligung erreichte – zum erweiterten Programm „My Health“ verdeutlicht das Dilemma: Das Ausweiten von Anspruchsberechtigungen ohne Adressieren konkreter Hemmnisse wie Zeitmangel, mangelnde Gesundheitskompetenz, Misstrauen oder fehlende Relevanzwahrnehmung perpetuiert die Nicht-Teilnahme nur auf breiterer Front. Selbst in Ländern mit vermeintlich perfektem Zugang – Japan mit seinen Specific Health Check-Ups, Deutschland mit den kassenfinanzierten Check-ups – verharren die Quoten bei 58,1% beziehungsweise 24%. Moderne Präventionspolitik muss die psychologischen und sozialen Lebensrealitäten der Menschen berücksichtigen, statt bloß Angebote zu verwalten.

Es gibt Lösungsansätze

Die in en Studien vorgeschlagenen Maßnahmen setzen vor allem bei Vergütung, Versorgung und Prävention an. An erster Stelle steht die Reform der Vergütungssysteme: weg vom Mengendenken der Einzelleistungsvergütung, hin zu populationsbasierten oder gebündelten Budgets (Capitation). Nur wenn Primärversorger finanziell dafür belohnt werden, eine definierte Patientenpopulation gesund zu halten und die Versorgung zu steuern, lassen sich chronische Verläufe abmildern.

Ein wichtiges Beispiel für strukturierte Ansätze bieten die deutschen DMPs, die seit 2002 Millionen Patienten mit chronischen Leiden wie Typ-2-Diabetes oder koronarer Herzkrankheit betreuen. Evaluationen belegen Erfolge, etwa eine verbesserte HbA1c-Einstellung und weniger Krankenhauseinweisungen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dennoch kranken sie an bürokratischen Hürden, mangelnder Individualisierbarkeit und regionaler Varianz in der Inanspruchnahme. Italien geht mit der 2022 initiierten „DM77-Reform“ einen weiteren Schritt: Gemeinschaftsgesundheitszentren (Community Health Centres) als integrierte Zentren mit multidisziplinären Teams. Die Reform steckt allerdings noch in einer frühen Phase.

Auch eine stärkere Einbindung von Pflegekräften und Apothekern könnte die Versorgung entlasten (Task-Shifting). Vielerorts blockieren berufsständischer Widerstand und

veraltete Regulierung die Modernisierung, obwohl gut ausgebildete Apotheker und spezialisierte Pflegekräfte stabile chronische Krankheiten eigenständig überwachen und Medikationspläne anpassen könnten. Zudem müssen Früherkennungsprogramme von starren, altersbasierten Kriterien zu systematischer Risikostratifizierung übergehen.

Europäische Engpässe

Auf europäischer Ebene kommen eine Schwächung der pharmazeutischen Innovationskraft und Zulassungsverzögerungen die Lage. Die klinische Studienaktivität in Europa ist rückläufig, und der Anteil neuer aktiver Substanzen mit Zulassung durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) brach von 71% im Jahr 2018 auf 30% im Jahr 2024 ein. 2023 verzeichneten die vier größten EU-Mitgliedstaaten die geringste Zahl an Neueinführungen seit 2014 – eine wachsende Lücke gegenüber den USA. Zwar wurde 2024 das Joint Clinical Assessment (JCA), eine koordinierte EU-weite Bewertung, für zwei Onkologie-Produkte eingeführt, doch steht dieses Instrument noch am Anfang.

Auch beim Zugang zu neuen Arzneimitteln bestehen deutliche Unterschiede. Deutschland liegt mit im Median 52 Tagen zwischen Zulassung und tatsächlicher Verfügbarkeit an der Spitze der Vergleichsländer, während in Frankreich hochpriorisierte Arzneimittel im Median 523 Tage brauchen und sich der Prozess in Griechenland über mehr als 600 Tage hinzieht. Außerhalb der EU ist Japan ein Extremfall: Zwischen 2016 und 2020 waren 72,4% der in den USA oder der EU zugelassenen Medikamente dort nicht verfügbar.

Neben dem Medikamentenzugang blockiert mangelnde Interoperabilität digitaler Systeme eine koordinierte Versorgung. In Spanien haben 99% der Primärversorger elektronische Patientenakten eingeführt, aber nur 8 der 17 autonomen Regionen können Daten tatsächlich austauschen. In Italien ist die Fragmentierung so groß, dass Patienten trotz digitaler Akten Papierdokumente von Arzt zu Arzt tragen. Hinzu kommen deutliche Unterschiede bei der digitalen Gesundheitskompetenz: In Japan sind 50,9% der über 70-Jährigen mit Smartphones nicht vertraut, in Spanien fehlt 78% der chronisch Kranken über 70 die digitale Autonomie. Digitale Gesundheitsanwendungen wie die 44 in Deutschland zugelassenen DiGA stoßen daher in der Praxis auf erhebliche Hürden.

Reformbaustellen für Deutschland

Aus der Analyse – für Deutschland verantwortet von Miriam Blümel von der Technischen Universität Berlin – ergeben sich vier zentrale gesundheitspolitische Handlungsfelder:

Erstens: Sektorengrenzen und Einzelleistungsvergütung überwinden. Dass deutsche Hausärzte im Schnitt nur acht Minuten pro Konsultation aufbringen können, ist Folge eines Systems, das schnelles Durchschleusen belohnt und präventive Gespräche sowie Koordinationsarbeit wirtschaftlich bestraft. Gefragt ist der Übergang zu capitationsbasierter Vergütung, die Planungssicherheit bietet und Anreize für langfristige Gesunderhaltung setzt.

Zweitens: Vermeidbare Krankenhauseinweisungen konsequent reduzieren. Dass Deutschland bei Herzinsuffizienz und COPD weit über dem OECD-Schnitt liegt und die Diabetes-Amputationsrate mit 8,5 pro 100.000 Einwohner mehr als das Dreifache des italienischen Werts (2,5) erreicht, spricht für Defizite in der ambulanten Versorgung.

Drittens: Beteiligung an Früherkennungsuntersuchungen steigern. Obwohl die Kassen die Herz-Kreislauf-Vorsorge vollständig finanzieren, nehmen jährlich nur 24% der Berechtigten teil. Kostenfreiheit allein reicht nicht; nötig ist ein aktives, strukturiertes Einladungswesen, das Barrieren wie Zeitnot, geringe Gesundheitskompetenz und soziale Benachteiligung gezielt abbaut.

Viertens: DMPs entbürokratisieren und weiterentwickeln. Die Programme haben ihre medizinische Wirksamkeit bewiesen, binden aber wertvolle Behandlungszeit und sind für Patienten mit Mehrfacherkrankungen zu fragmentiert. Gefragt ist eine Flexibilisierung, die die Versorgung von Patienten mit mehreren Erkrankungen stärker zusammenführt.

Fazit

Die Berichte, speziell die „Acting-Early"-Studie kommen zu dem Schluss: „Trotz der Evidenz darüber, was im Kampf gegen chronische Krankheiten wirkt, bleibt eine beständige Umsetzung selbst in den hochentwickeltsten Gesundheitssystemen schwer fassbar. Erfolg erfordert integriertes Handeln, keine Stückwerk-Reformen." Das Versagen ist keine Wissens-, sondern eine Umsetzungslücke. Trägheit politischer Institutionen, kurzfristige Budgetzyklen und partikulare Berufsstandsinteressen verhindern die notwendige Transformation.

Die Varianz innerhalb der Länder zeigt, dass bessere Ergebnisse mit den vorhandenen Ressourcen machbar sind – es ist eine Frage der Priorisierung, Organisation und konsequenten Reallokation zugunsten präventiver Strategien. Wenn Regionen in Italien beim Darmkrebs-Screening um den Faktor 14 auseinanderliegen oder wenn Spanien bei der Brustkrebsvorsorge über 80% erreicht, während Polen bei der Gebärmutterhalskrebsvorsorge bei 15,7% verharrt, dann liegt das nicht am Geld, sondern an Organisationsqualität und politischem Willen.

Der Übergang von reaktiver Krankheitsverwaltung zu einem vorausschauenden, gesundheitsfördernden und klimaresistenten System ist damit keine rein technische oder ökonomische Option mehr. Laut den Berichten von WEF, PHSSR und LSE gibt es „einen moralischen und finanziellen Imperativ, die Gesundheits- und Sozialsysteme umzugestalten, um NCDs wirksam zu bekämpfen". Ein System, das Prävention dauerhaft unter der Fünf-Prozent-Marke der Gesundheitsausgaben hält und seine Mittel weit überwiegend in die Behandlung von Spätschäden lenkt, ist nach Lesart der Autorinnen und Autoren weder ethisch noch ökonomisch tragfähig. Für Millionen Menschen entscheiden diese Reformen über Leben und Tod, denn „der weitere Weg erfordert politischen Mut, anhaltendes Engagement und die Erkenntnis, dass frühzeitiges Handeln nicht nur kosteneffizient, sondern eine moralische Pflicht ist". Für die Politik ergibt sich daraus eine klare Entscheidung: „Die Wahl liegt zwischen der Beibehaltung verspäteter Interventionen oder der Förderung von Strukturreformen, die eine frühere, koordinierte und gerechte Versorgung erreichen." <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur:
1: https://t1p.de/lt34b
2: https://t1p.de/23nzm

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Wer zu spät handelt, bezahlt mit Leid und Leben", in „Monitor Versorgungsforschung" (05/26), S. 46–50. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2871